

**SOLICITUD - CUESTIONARIO DE SEGURO  
 TOP MERCANCIAS PLUS  
 TRANSPORTISTAS**

**SOLICITUD:**

Ramo/Modalidad	<b>4</b>   <b>1</b>	Nº Contrato		Nº Contrato Reemplazado	
Mediador	Localidad		Código Gestor	Código Cobrador	

**TOMADOR DEL SEGURO**

Nombre y Apellidos o Razón Social			N.I.F. / C.I.F.		
Domicilio				Teléfono	
Localidad		Provincia		Código Postal	

**ASEGURADO**

Nombre y Apellidos o Razón Social			N.I.F. / C.I.F..		
Domicilio				Teléfono	
Localidad		Provincia		Código Postal	

**DOMICILIACIÓN BANCARIA**

Banco/Caja de Ahorros:					
Clave del Banco	Clave Sucursal	D.C.	Nº C.C./Libreta		
Domicilio		C. Postal	Localidad	Provincia	

**DURACIÓN DEL SEGURO Y PAGO DE PRIMAS**

Fecha de efecto	Duración del Seguro	Fecha de Vencimiento	Forma de pago	Revalorización Automática Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-----------------	---------------------	----------------------	---------------	--

**BENEFICIARIO**

--

**TASAS, PRIMAS Y FRANQUICIAS**

% Tasa de aplicación:	% Recargo/Descuento	Prima Neta	
Franquicia deducible: Por siniestro.....Euros.			
Detalle del Recibo			
Prima Neta	Impuestos	I.P.S.	Prima Total



## SOLICITUD TOP MERCANCIAS PLUS TRANSPORTISTAS

Tomador del Seguro (obligatoria su cumplimentación)

### 8 Facilitar relación de las medidas de Frío incorporadas a las unidades de transporte (Rellenar cuando se desee contratar la cobertura de paralización del aparato frigorífico)

<b>Política de mantenimiento de los aparatos frigoríficos y tiempos de revisión de los equipos:</b>		
<b>Llevar incorporados:</b>		
<b>G.P.S.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Lector en cabina de temperatura</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Termómetro Manual</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

### 9 Volumen de facturación

Última Anualidad.....  
 Previsión Anualidad en curso.....  
 Facturación portes camiones propios:.....  
 Facturación portes subcontratados:.....

### 10 Compañía Aseguradora actual y siniestralidad detallada de los dos últimos años (adjunte tantas hojas como sea necesarios con la información mas abajo indicada):

Cía anterior:.....  
 Nº de siniestros:.....  
 Tipo de siniestro:.....  
 Pagos y Reservas:.....

### 11 En caso de utilizar conductores de nacionalidad extranjera, indicar número y nacionalidad:

<b>Nº de conductores</b>	
<b>Nacionalidad</b>	

El Solicitante/Proponente manifiesta la perfecta comprensión de las cuestiones a las que ha sido sometido, reconociendo haber declarado verazmente sobre las mismas o cualesquiera otras circunstancias de las que tenga conocimiento y que puedan influir en la valoración por parte de GROUPAMA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. del riesgo propuesto, obligándose en su caso, a poner en conocimiento de esta durante la vigencia del contrato de seguro, cualquier hecho que pudiera agravar el riesgo asegurado, todo ello, a los efectos de lo regulado en los artículos 10 y siguientes de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

En cumplimiento de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre (LOSP), se hace constar, lo siguiente:

- La Compañía aseguradora GROUPAMA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. tiene su domicilio social en España, Plaza las Cortes, 8 - 28014 Madrid, siendo aplicable al contrato la legislación española.
- La autoridad de control de la actividad es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Las diferentes instancias de reclamación y resolución de conflictos son: Oficina del Defensor del Asegurado de Groupama Seguros (en [www.groupama.es](http://www.groupama.es)) / Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones / Jueces y Tribunales competentes.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el Solicitante/Proponente reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, y proporciona los datos como condición indispensable para la contratación del seguro, otorgando expresamente su consentimiento:

Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, y para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos ofertados por las empresas del Grupo al que pertenece la Compañía, relacionados con el Sector del Seguro.

- Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude, para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el grupo asegurador GROUPAMA en España y a quienes éstas arrienden sus servicios o medien en seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del contrato de seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las Entidades del Grupo Groupama se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a Groupama Seguros.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona (tomador del seguro, etc.), distinta del titular de los mismos (asegurado, beneficiario, etc.), recaerá en este la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento de esos titulares respecto su tratamiento para los fines anteriormente expuestos.

El Solicitante/Proponente reconoce ser informado de que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 y 16 de la Ley 15/99, de 13 de diciembre, (LOPD), en Plaza las cortes, 8 - 28014 de Madrid, ante el responsable del fichero, que es la propia entidad, GROUPAMA SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

En.....a, ..... de ..... 200

El Tomador del Seguro/Asegurado,

El Mediador